

W N I O S E K

w sprawie wydania prawa wykonywania zawodu farmaceuty

.....
Nazwisko Imiona data i miejsce urodzenia

Nazwisko panięskie

.....
numer dyplomu data wydania uczelnia

miejsce odbycia praktyki zawodowej

od do opiekun praktykanta.....

Jednocześnie oświadczam, iż znane mi są okoliczności stanowiące przeszkody do wykonywania zawodu i zgodnie z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, że nie zachodzą te okoliczności.

Załączniki:

1. odpis dyplomu
2. oświadczenie o zdolności do czynności prawnych
3. informacja z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności za przestępstwo umyślne przeciwko życiu lub zdrowiu
4. zaświadczenie lekarskie (oryginał)
5. 2 fotografie o wymiarach 3,5 x 4,5 cm (tzw. fotografie paszportowe).

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis